UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 138

STREPTOTHRICOSE

DES

CONDUITS LACRYMAUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Mai 1920

PAR

Ferdinand RAYNAUT

Né à Marseille, le 15 Février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TRUC, professeur, *Président.*
BERTIN-SANS, profes. } *Assesseurs.*
LISBONNE, agrégé. }
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

STREPTOTHRICOSE

DES

CONDUITS LACRYMAUX

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 138

STREPTOTHRICOSE

DES

CONDUITS LACRYMAUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Mai 1920

PAR

Ferdinand RAYNAUT

Né à Marseille, le 15 Février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — TRUC, professeur, *Président.*
BERTIN-SANS, profes. } *Assesseurs.*
LISBONNE, agrégé. }
ETIENNE, agrégé.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲)..... DOYEN.
N... ..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✲,
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲).
Physiologie.....	HEDON (✲).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✲)
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS ✲
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⚭)
Chimie biologique et médicale.....	DENRIEN (⚭)
Microbiologie.....	N. . .
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O✲⚭) a.l. (ch.de c
Médecine operatoire.....	SOUBEYRAN ✲ ⚭, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrége. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrége. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrége. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie.....	WATON ✲ (⚭) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr l.
GAUSSEL (✲ ⚭).	J. DELMAS (⚭).	
RICHE	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. TRUC, professeur, *president*.	MM. LISBONNE, agrégé.
BERTIN-SANS, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions emises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LUCIEN

A MES FRÈRES

A MES BELLES SŒURS

MEIS ET AMICIS

F. RAYNAUT.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Bien respectueux hommage.

A MON JURY DE THÈSE

A MES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

F. RAYNAUT.

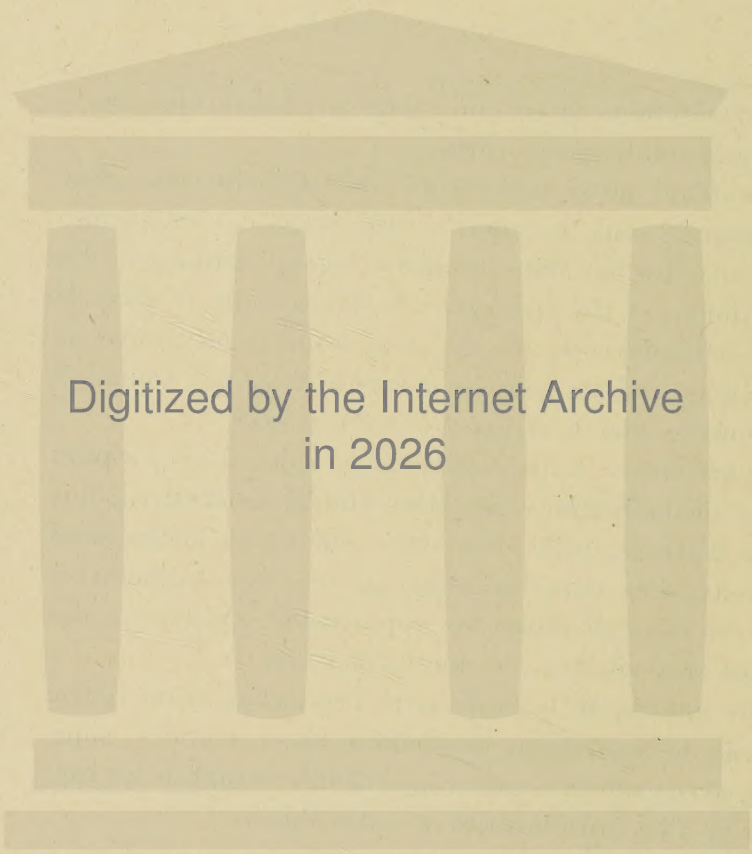
PREFACE

Les concrétions mycosiques dans les canalicules lacrymaux sont relativement rares.

Les auteurs qui se sont occupés de l'étude de cette affection rangent, sous le nom d'actinomycose des canalicules lacrymaux, les cas dans lesquels l'agent pathogène des concrétions est l'*Actinomyces bovis* et, sous le nom de pseudo-actinomycose, les cas dans lesquels on trouve un champignon décrit, pour la première fois, par Cohn, en 1875, sous le nom de *streptothrix Foersteri.*

En parcourant la littérature sur ce sujet, il nous a paru que les dénominations acceptées étaient arbitraires; que les cas à streptothrix Foersteri étaient au moins aussi nombreux, si ce n'est davantage que les cas à Actinomyces bovis, ces deux champignons appartenant d'ailleurs à des familles très voisines de microsiphonées.

Notre maître, M. le professeur Truc, nous ayant fourni trois cas de concrétions lacrymales des conduits supérieurs, avec examen, nous avons cru intéressant de les rapporter et d'en faire le sujet de notre thèse.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0131

STREPTOTHRICOSE

DES

CONDUITS LACRYMAUX

CHAPITRE PREMIER

Introduction

C'est Gruby, qui a fondé, en 1840, la mycologie pathologique en démontrant l'origine parasitaire des teignes, du muguet. Par la découverte, restée inédite, de la structure fongique des concrétions lacrymales (1847) il a fondé la mycologie oculaire.

Après lui, Ch. Robin (1847 et 1853) étudie les végétaux parasites de l'homme. Wirchow crée le mot de « mycose » et A. de Graefe (1854) décrit la concrétion lacrymale et la rapporte à l'*Achorion* du favus. Cohn (1873) montre que les concrétions lacrymales sont dues au genre *Streptothrix*. Leber (1879) décrit le premier cas de kératomycose à *aspergillus fumigatus*.

A la suite des travaux de Sabouraud sur les teignes (1874), de Renon, sur l'aspergillose, de Poncet et Bérard sur l'actinomycose, les travaux de de Beurmann et Ramonat (1903), de Gougérot (1906) sur la sporothrictose. Les recherches sur les localisations oculaires de ces parasites se multiplient et Danlos et Blanc, puis Morax étudient la sporothrichose oculaire. Morax découvre la kératomycose à *verticillium graphii,* Liégard et Landrieu la conjonctivite à *nocardia dassonvillei.*

Dans notre étude, volontairement restreinte à un seul parasite, nous n'avons pas à nous occuper des différentes mycoses oculaires, sur ce sujet, la thèse de Landrieu est un travail complet, au double point de vue clinique et expérimental.

Une certaine confusion a longtemps régné sur l'étiologie des concrétions des conduits lacrymaux, les premiers observateurs Césoin, Sandifors, Desmarres, considéraient ces concrétions comme étant d'origine calcaire, la formation de ces « dacryoylithes » était en relation avec un trouble général de la nutrition comme la goutte et l'arthritisme. Quand on eut reconnu, à la suite de Gruby (1848) et de de Graefe (1854) la nature parasitaire de l'affection, les opinions varièrent suivant les époques et les observations. C'est ainsi que l'on peut admettre avec Guillemin, trois périodes dans l'historique de la question:

1° La période leptothricienne, défendue par Connheim et Leber;

2° La période streptothricienne à la suite de la découverte par Cohn (1874), du « streptothrix Foersteri » et des cas de Reuss de Grunhüt;

3° La période actimonycétique à la suite des travaux de Schrôder (1899).

Actuellement, il est possible, grâce aux recherches de

laboratoire, d'être renseigné sur le parasite, par les colorations électives, les cultures et, il faut rendre au streptothrix Foersteri le rôle pathogène primordial dans les concrétions lacrymales, ainsi que le démontrent les travaux très documentés de Landrieu (1912), et Wismann (1913).

La strepthothricose des canalicules lacrymaux est une entité morbide, elle se distingue nettement par ses caractères cliniques et microscopiques de l'actinomycose lacrymale. Les trois cas observés par notre maître M. le professeur Truc, viennent apporter un nouvel appui en faveur de cette opinion.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation première

Larmoiement depuis deux ans O. D. ; état normal O. G. ; tuméfaction conduit lacrymal supérieur O. D. ; insuffisance des traitements antérieurs ; section du conduit, curetage ; masse filamenteuse ; guérison rapide.

M. C..., 63 ans, employé de commerce à Marseille, vient me consulter en 1912 pour larmoiement persistant à l'œil droit, depuis deux ans environ, sans cause connue. L'œil gauche est intact. Vision normale, des deux côtés, de loin, avec hyperopie de 1 d. 5 et de près avec presbyopie de 4 d.

Le larmoiement de l'œil droit est constant, avec mucosités et conjonctivite légère. Les mucosités sont surtout abondantes au réveil et à la fin de la journée, parfois muco-purulentes, avec aggravation appréciable depuis quelques mois. Le traitement prescrit par divers oculistes sont restés sans résultats notables.

La conjonctive est rouge, avec filaments muqueux abondants. L'examen du sac lacrymal, par pression angulaire, ne fournit aucune sécrétion muco-purulente ; il n'existe d'ailleurs aucune tuméfaction correspondante. Le conduit lacrymal inférieur paraît sain. Par contre, le conduit supérieur est dilaté, avec mucosité croutelleuse et

présente un gonflement en grain d'orge manifeste. La pression à son niveau donne issue, par le point lacrymal, à du muco-pus grumelleux.

Le lendemain, à la clinique, même état local. Soupçonnant quelque corps étranger lacrymal supérieur, je sectionne le conduit avec le petit couteau de Weber de manière à ne pas refouler le contenu éventuel et à ne pas arriver jusqu'au sac. Je constate aussitôt une petite masse vermiforme jaune, brunâtre et grumelleuse qui occupe la moitié externe du conduit, et une muqueuse légèrement enflammée. Toilette, compression hemostatique, protargol. Pas la moindre réaction et guérison complète en quelques jours.

L'examen extemporané démontre de petits grumeaux dissociables en petits grains jaunâtres. Au microscope, on trouve des filaments agglomérés analogues aux streptothrix.

Observation II

Larmoiement O. G. depuis un an environ, sans cause appréciable, avec sécrétions conjonctivo-lacrymales abondantes. Léger gonflement du conduit supérieur. Sac lacrymal subnormal. Section du conduit et ablation d'une petite masse grumeleuse correspondante du volume d'un demi-grain de riz. Guérison rapide.

M. X..., chirurgien-dentiste, 51 ans, me consulte en novembre 1917 pour un larmoiement rebelle de l'œil gauche remontant à un an environ, avec asthénopie progressive. Bonne santé générale, sauf coliques néphritiques anciennes et calcul salivaire de la glande sous-maxillaire gauche. Cet œil gauche est parfois injecté, avec sécrétions mucopurulentes vers l'angle interne, le matin et le soir surtout, parfois dans la journée, gênant le travail professionnel et obligeant à une toilette oculaire répétée.

La vision gauche, après correction d'une astigmie hypéropique oblique de 1 dioptrie est subnormale. La vision droite, après correction analogue est normale.

L'examen direct de l'œil malade montre un peu de conjonctivite avec mucosités surtout angulaires. Le sac lacrymal paraît intact et la pression correspondante n'entraîne aucun écoulement. Le conduit lacrymal inférieur est normal. Le conduit lacrymal supérieur est gonflé dans sa moitié externe, avec point dilaté et béant. La pression, au niveau de la tuméfaction fait sourdre, par le point lacrymal, un peu de muco-pus filamenteux. Toilette, argyrol. Quelques jours après, à la clinique ophtalmologique, après cocaïne-adrénaline, section du conduit supérieur avec couteau à cataracte, mise à jour d'une petite masse vermiculaire gris-jaunâtre, curetage et argyrol. Pas de réaction, guérison rapide et définitive.

La petite masse extraite du conduit lacrymal est du volume d'un petit grain de riz, brunâtre, molle et grumeleuse. Par suite de circonstances spéciales, l'examen microscopique n'a pas été fait. Il s'agissait probablement de streptothrix.

Observation III

Larmoiement O. D. remontant à plusieurs années. Cataracte sénile subcomplète et tuméfaction palpébrale vers le conduit supérieur. O. G. larmoyant avec cataracte régressive et synéchies postérieures anciennes. Section du conduit lacrymal droit supérieur et ablation de petites masses de streptothrix. Extraction ultérieure de la cataracte. Guérison.

Mlle C..., 74 ans, propriétaire à Alais, se présente à mon cabinet le 5 juin 1919 pour opération de cataracte de l'œil droit. Cette malade, de bonne santé générale, très alerte, nerveuse, désire être opérée rapidement, car elle est pres-

que aveugle. Sa cataracte droite, en effet, est à peu près complète et sa cataracte gauche, choroïdienne, avec adhérences pupillaires, paraît sans valeur optique; mais il existe, du côté droit, de la tuméfaction palpebrale supéro-interne (chalozion ?) de la blépharo-conjonctivite et du larmoiement ancien avec sécrétions muco-purulentes assez abondantes. Dans ces conditions un traitement lacrymal préalable s'impose avec iridectomie préparatoire consécutive.

La malade, revue à cet effet quelques jours après, se trouve dans le même état palpebral, conjonctival et lacrymal. En examinant toutefois l'état lacrymal, on constate que la région du sac est intacte, que le conduit lacrymal inférieur est normal et que le conduit lacrymal supérieur paraît tuméfié, engorgé, avec béance du point correspondant. La pression digitale sur la région sacculaire n'amène pas de mucus ni de pus, tandis que celle sur la région du conduit supérieur fait sourdre, du point lacrymal, une gouttelette de muco-pus. La tuméfaction du conduit supérieur est molle, différente de l'induration du chalozion. Enfin une incision de la paroi inférieure de ce conduit montre une petite masse allongée, vermiculaire, granulaire et brunâtre. La muqueuse sous-jacente est congestive et comme boursoufflée. Après nettoyage local, argyryol et précipité jaune. Guérison rapide du larmoiement et de la blépharo-conjonctivite concomitante. Enfin, après extraction ultérieure de la cataracte avec iridectomie préparatoire, vision 0,5 environ avec 11 d. de plus de loin et 15 d. de plus de près.

L'examen des masses extraites du conduit lacrymal supérieur, fait par notre assistant le docteur Carrère, au laboratoire de bactériologie du professeur Lisbonne, a démontré le stretothrix Foersteri.

EXAMEN DES CONCRETIONS DE LA TROISIEME OBSERVATION

Les concrétions, au nombre de trois, se présentent sous l'aspect de corps ovoïdes, muriformes, de couleur gris jaunâtre, de dimensions variant entre celle d'un pois pour la plus petite, à celle d'un haricot pour la plus grosse. Onctueuses au toucher, les concrétions sont pâteuses, s'écrasant aisément entre deux lames.

Chaque concrétion est divisée en trois parties: l'une sert à faire des « écrasements »; la seconde des cultures; et la troisième un examen direct entre lame et lamelle, en suspension dans de l'eau physiologique.

Ce dernier examen montre une masse mycélienne très dense, du bord de laquelle partent radiairement de longs filaments pourvus de deux ou trois ramifications. Sur les premières lames, colorées au Gram, au bleu de méthylène, par la méthode de Ziehl-Nelsen, on trouve la masse mycélienne et ses filaments périphériques. Entre les mailles du feutrage mycélien se voient de très nombreux articles semblables à des bacilles fins de 3 à 4 μ de long environ, rectilignes ou incurvés. Tous ces éléments sont restés colorés par la méthode de Gram et décolorés par la méthode de Ziehl-Nelsen.

Dans tous les champs de la préparation, on peut aussi

noter la présence de microcoques à Gram positif, disposés en diplocoques ou en amas. A noter enfin quelques pneumocoques épars dans les divers champs, reconnaissables à leur forme et à leur capsule.

Les cultures ont été faites sur les divers milieux usuels (bouillon, agar, agar ascite, eau peptonée), et sur milieux sucrés (milieu de Raulin, milieu de Sabouraud). Mais, en aérobie ou en anaérobie (sur gélose de Veillon) les cultures ne donnent aucun développement.

Nous croyons avoir affaire au streptothrix Foersteri, l'examen direct et les colorations montrant les caractères de ce champignon qui ne cultive pas ou cultive d'une façon très inconstante.

CHAPITRE III

Etiologie

Le streptothrix Foersteri de Cohn, appartient à la famille des oosporées et au genre discomyces de Blanchard. C'est un champignon constitué par un mycelium ramifié et cloisonné, se reproduisant par des chainettes de conidies.

Au point de vue morphologique, il se montre constitué par des filaments fins, peu ramifiés, plus ou moins enchevetrés et mêlés de formes semblables à des coccus.

Les filaments de streptothrix se colorent par les couleurs basiques d'aniline et prennent le Gram et le Ziehl, mais ils résistent moins que le bacille tuberculeux à l'action décolorante des acides.

Tous ces caractères lui sont communs avec les autres streptothrix, mais contrairement à ceux-ci, qui se développent aisément dans les milieux de culture artificiels, le streptothrix Foersteri n'a pas pu être jusqu'ici cultivé. Cependant Gombert, en 1889, aurait trouvé le streptothrix Foersteri dans des cultures faites à partir de mucus conjonctival.

Tous les auteurs que nous avons pu consulter ont observé qu'il règne une certaine obscurité relativement à l'étiologie des concrétions, des canalicules lacrymaux par le streptothrix Foersteri.

On pourrait penser que le stretothrix peut être apporté soit par les poussières, soit par un contact direct; par exemple les doigts souillés portés aux yeux. Le parasite sur la conjonctive sera entraîné par les larmes dans les conduits lacrymaux et se référant aux observations de Gombert, il est possible d'admettre que dans les voies lacrymales le parasite trouvera toutes les conditions nécessaires et favorables à son développement: chaleur, humidité.

Peut-on, pour la streptothricose penser comme pour l'actinomycose à la contagion d'homme à homme par l'intermédiaire du pus? Nous connaissons trop peu le streptothrix pour pouvoir sûrement nous prononcer. Cependant il est probable que les causes étiologiques invoquées pour l'actinomycose entrent ici en jeu.

On peut donc dire que c'est la forme sporulée, de résistance, qui représente le type habituel du champignon dans sa vie à air libre et le plus à redouter au point de vue de la contagion. Ses spores sont douées d'une grande résistance, elles existent sur les céréales; qu'un fragment de poussière de céréales de grains de pollen leur servant de véhicule, vienne à se loger dans le sac conjonctival, et elles peuvent être entraînées dans les voies lacrymales par les larmes.

PATHOGENIE

Il ne suffit pas cependant que des spores soient déposées sur la conjonctive pour que des concrétions lacrymales prennent naissance. Il faut encore que le parasite rencontre des conditions favorables à l'intérieur du canalicule, circonstances qui se vérifient quand les spores arrivent sur une muqueuse altérée. Les observations de Camuset montrent que les concrétions se forment surtout chez les sujets atteints d'inflammations chroniques des conduits ou du sac lacrymal, dans les cas où il existe une occlusion totale ou partielle de ces voies lacrymales. Dans tous ces cas, la virulence des microbes saprophytes est exaltée, la muqueuse est érodée et le parasite trouvant un milieu, une température favorables, se développe.

Ce qu'il faut noter c'est que la streptothricose est caractérisée par sa marche lente, ne donnant ni abcès, ni suppuration, ni fistule, l'affection reste localisée. Seuls Mitvalsky et Lœwenstein auraient vu des dacryocystites à la suite de telles affections ; mais, comme à l'examen microscopique, du pneumocoque fut trouvé, il se peut que ce microbe ait été l'agent causal de la dacryocystite.

Selon Schrôder, cette évolution bénigne serait fonction du mode de pénétration du parasite qui, ici, suit les voies naturelles et ne provoque pas de perte de substance. Se-

lon cet auteur, les choses se passeraient ainsi: le parasite arrivé dans les voies lacrymales est enrobé par du mucus produit par les cellules de la muqueuse. A mesure que le parasite se développe, de nouvelles couches de mucus l'enrobent, la masse ainsi formé est constamment baignée par les larmes qui, par leurs propriétés antiseptiques, entravent l'envahissement du parasite.

La vascularisation de la muqueuse, qui est augmentée dans les états pathologiques, favorise la diapédièse des éléments phacocytaires formés par les leucocytes et les cellules transformées des tissus voisins; ainsi se forme une barrière difficilement franchissable; ceci explique la possibilité d'une évolution passant inaperçue pendant plusieurs années.

La présence des microbes banaux et saprophytes de la conjonctivite, serait encore une cause de ralentissement dans le développement des concrétions, car, on aurait noté dans les cultures l'antagonisme de ces microbes.

Evesky, contrairement à Schröder, s'appuyant sur le travail de Ahlstrôm, pense que les larmes constituent un milieu de culture pour le streptothrix. L'opinion de Evezky est que la bénignité des affections streptothricosiques des canaux lacrymaux est due à la résistance des tissus sains de l'organisme. Ainsi, il est démontré que le bacille diphtérique, pourtant très virulent, ne se développe pas sur une conjonctive parfaitement saine; il est nécessaire qu'une perte de substance ait été occasionnée par d'autres microbes.

Lagrange n'accepte pas cette façon de voir, il croit que la lymphocytose est capable de ralentir la marche envahissante du parasite.

Nous croyons, pour notre part, que toutes les causes

attribuées par les divers auteurs à la bénignité de l'affection, ont un rôle. En effet, il est bien évident que les larmes ont un rôle antiseptique ; que les leucocytes détruiront par phagocytose les parasites, qu'enfin une muqueuse saine se défendra mieux qu'une muqueuse déjà altérée.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

La maladie débute ordinairement insidieusement par un simple larmoiement. Cet épiphora, d'ailleurs, n'est pas constant et, le plus souvent, on ne constate au début qu'un catarrhe peu accusé. On remarque une rougeur catarrhale modérée de la caroncule, de la conjonctive et du bord de la paupière au voisinage du canalicule atteint. Les douleurs, légères d'abord, consistent en une sensation de cuissons, de picotements, de démangeaisons. Au niveau de l'angle interne de l'œil, le matin, les paupières sont collées (conjonctivite angulaire).

On note à ce moment des modifications du bord libre de la paupière tout le long du canalicule lacrymal. La paupière, à ce niveau, s'épaissit, s'arrondit un peu, ne s'applique plus exactement contre le globe oculaire; il s'ensuit une légère éversion.

A mesure que l'affection progresse, les symptômes augmentent, puis, apparaît une tumeur arrondie près de l'angle interne de l'œil, qui répond au trajet du canalicule. Cette tumeur a des dimensions variables, elle bombe en avant et en arriere d'une façon à peu près égale; elle est arrondie, un peu allongée, ou forme un empâtemnt diffus

rénitent. La peau, à ce niveau, n'est pas modifiée et glisse facilement sur la tumeur. Généralement la tumeur répond au trajet du canalicule inférieur. Le point lacrymal correspondant est, le plus souvent dilaté, béant, sa lumière est considérablement élargie.

Si on presse sur la tumeur, dit Evetzky, on voit sourdre au niveau du point lacrymal un liquide muco-purulent en quantité insuffisante pour former une goutelette. Le domaine du sac lacrymal n'est jamais modifié.

Dans sa marche ultérieure, la maladie s'accompagne d'une blennorrée plus ou moins importante, du canalicule lacrymal et d'une tuméfaction plus prononcée des parties environnantes.

Le point lacrymal est plus dilaté qu'à l'ordinaire; il présente, selon Terson, l'aspect du col utérin ou du méat urinaire, par ses bords ectropionnés et sa muqueuse interne rouge.

Jamais jusqu'ici, on n'a observé de destruction de la peau et, un point important sur lequel la plupart des auteurs insistent avec raison, est que la maladie conserve longtemps le même aspect; elle met souvent deux ou trois ans pour aboutir à une tumeur de la grosseur d'un petit pois: c'est une maladie à marche lente et chronique, n'ayant aucune tendance à s'étendre.

L'affection peut guérir spontanément par la transformation calcaire du mycélium, ainsi que Gruening et A. de Graefe l'ont observé.

Le canalicule lacrymal incisé, on constate qu'il est dilaté en une cavité se moulant sur des corps gris-jaunâtres ou brunâtres, de grosseur variant de celle d'un grain d'orge à celle d'un haricot, non adhérents aux parois.

En résumé, les trois symptômes principaux sont:

1° Le catarrhe conjonctival rebelle, ancien, modéré;

2° La tumeur de la paupière, arrondie, limitée, correspondant à un canalicule lacrymal;

3° La dilatation considérable, la rougeur du point lacrymal légérèment éversé.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette affection ne peut se faire sûrement que par l'examen microscopique, et la culture des concrétions; mais les symptômes objectifs et subjectifs ont une grande portée.

Les signes cliniques, comme le larmoiement, la conjonctivite localisée à l'angle interne de l'œil, le léger suintement purulent à la pression, la sensation de picotements constants, la dilatation caractéristique du point lacrymal que nous avons décrite et la présence d'une tumeur à évolution lente, torpide dans la région du canalicule, constituent de précieux éléments symptomatiques.

Le diagnostic différentiel peut avoir à se faire avec un chalazion, un corps étranger, une dacryocystite.

Le chalazion se différentie par son implantation, sa forme, l'obstruction canaliculaire démontrable par le cathétérisme et la conjonctivite localisée.

Les corps étrangers de la région sont rares. On tranchera le diagnostic par l'interrogatoire du malade, les commémoratifs, la forme, la consistance de la tumeur.

Quant au diagnostic différentiel avec la dacryosystite, il suffit de comprimer la région du sac: si on n'obtient aucune ou une minime sécrétion, par le point lacrymal si la tumeur persiste malgré la pression, on pensera à une lésion parasitaire. Cliniquement il est impossible de dis-

tinguer la streptothricose de l'actinomycose : ce n'est que par l'examen microscopique qu'on peut être affirmatif. L'actinomycose se décèlera par la présence des grains jaunes caractéristiques qui, après écrasement, se montrent constitués par de petits corps muriformes composés d'une masse centrale filamenteuse, feutrée, d'où partent de nombreux rayons divergents dont la plupart sont renflés en massue à leur extrémité libre : les massues ou crosses.

Le streptothrix Foersteri est caractérisé macroscopiquement par l'onctueux des concrétions qui s'écrasent facilement entre deux lames : les éléments sont de longs filaments rectilignes pelotonnés, formant un lacis serré et on note la présence de petits coccis.

Nous n'insisterons pas, ayant rapporté à propos de la troisième observation tous les caractères du streptothrix Foersteri.

CHAPITRE V

Pronostic

De tous les cas étudiés par les auteurs, des trois cas que nous rapportons, on peut conclure que la streptothricose est une affection bénigne : la guérison est la règle quand les concrétions ont été extraites. Celle-ci ne survient spontanément, que très rarement, et on ne connaît guère que deux cas dans lesquels les concrétions aboutirent à la régression calcaire.

La récidive est exceptionnelle ; on ne l'a notée qu'une fois dans un cas de Krukoff-Kastaky : une concrétion se développait dans le canalicule lacrymal supérieur, après l'extraction d'une semblable dans le canalicule inférieur.

TRAITEMENT

Le traitement de cette affection ne peut être plus facile à indiquer. Une fois le diagnostic bien établi, tout se réduit à un débridement du canalicule au moyen du lacrymotome ou d'un bistouri fin. La concrétion est extraite et un curettage soigneux de la région est effectué. Les auteurs recommandent de faire suivre l'opération d'un lavage avec la solution de cyanure de mercure à 1 p. 1000.

Nous préférons faire des attouchements avec la teinture d'iode ou avec la liqueur de Gram. La toilette de la région a une assez grande importance : elle doit viser à l'enlèvement de toute trace de parasite, sous peine de voir des récidives qui sont cependant très rares.

CHAPITRE IV

Conclusions

I. — L'existence de concrétions des canalicules lacrymaux est peu fréquente en pratique ophtalmologique.

II. — Localisée dans la plupart des cas au niveau du canalicule lacrymal inférieur, mais aussi au canalicule supérieur, l'évolution de l'affection est semblable dans tous les cas : elle est caractérisée par sa chronicité et son peu de tendance à la propagation.

III. — On peut considérer l'affection comme étant de nature parasitaire, soit produite par l'*actinomycoces bovis,* soit par le *streptothrix Foersteri.*

IV. — Nous croyons qu'il faut abandonner la dénomination de pseudo-actinomycose quand l'affection, comme dans les trois cas rapportés, est due au stretothrix Foersteri, pour la désigner sous le nom de streptothricose.

V. — Le diagnostic clinique est facile à établir entre la streptothricose et les autres affections non parasitaires des canalicules lacrymaux; mais seul l'examen microscopique permettra d'éliminer l'actinomycose. Nous avons indiqué les caractères du streptothrix Foersteri.

VI. — Nous ne pouvons être affirmatif sur l'étiologie de l'affection; mais il semble que les poussières végétales

jouent le principal rôle dans le mode de contagion. Le développement du parasite au niveau des conduits lacrymaux, paraît être fonction de l'altération de la muqueuse et du rétrécissement ou de l'occlusion des voies lacrymales.

VII. — Le pronostic de l'affection est toujours bénin. La guérison s'obtient par incision du canalicule et extraction de la concrétion.

BIBLIOGRAPHIE

Besson. — Technique microbiologique et sérothérapique. J.-B. Bailliere, 1914, 6e édition.

Cartais. — Contribution à l'étude de l'actinomycose des canalicules lacrymaux. *Thèse Bordeaux*, 1904.

Castroviejo y Nobayas de Logrono. — *Espana optalmologica*, mai 1919, n° 8 et 9.

De Beurmann et Gougerot. — Article « mycoses ». *In traité de médecine*, de Brouardel et Gilbert, 2 édit., Paris, 1910.

Gastou. — Le laboratoire du praticien.

Gombert. — Recherches expérimentales sur les microbes de la conjonctive à l'état normal. *Thèse de Montpellier*, 1889.

Guillemin. — Actinomycose des conduits lacrymaux. *Th. de Lyon*, 1904.

Landrieu. — Les mycoses oculaires. *Thèse Paris*, 1912, n° 396.

Macé. — Traité pratique de bactériologie. J.-B. Bailliere, 1913, 6 édition.

Morax. — Mycose de la cornée causée par le verticilium graphii. *Annales d'oculistique*, novembre 1910.

PINOY. — Les champignons pathogènes. *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 1903.

TRUC, VALUDE et FRAENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 29 avril 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 29 avril 1920.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!